

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

127

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

PHIMPHRACHANH THAO KEO

Né le 1^{er} Janvier 1925 à VIENTIANE (Laos)

Présentée et soutenue publiquement le

DE L'ÉVOLUTION DU TRAITEMENT
DE L'OSTEOMYELITE AIGUE
DE L'ENFANT

(A propos de deux cas)

Président : Monsieur JULIEN MARIE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI^e

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'Université)

par

PHIMPHRACHANH THAO KEO

Né le 1er Janvier 1925 à Vientiane
(Laos)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

DE L'EVOLUTION DU TRAITEMENT
DE L'OSTEOMYELITIS AIGUE DE
L'ENFANT

(A propos de deux cas)

--:-

Président : Monsieur JULIEN MARIE
(Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue C. Delavigne
PARIS VI°



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin)	BROUET
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
(Boucicaut)	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal)	VARANGOT
obstétricales (Foch)	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (I)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch. BUSSER (F)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (CH) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G) NEVOT (A) pr.s.ch. BARBIER (P)
Bactériologie	CHRISTOL (D) TOURNIER (P) DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	POLONOVSKI (J) m.conf. SCHAPIRA (G) pr.t.p. DENOIX (P)
Carcinologie	MATHE (G) DUPERRAT (B)
Dermato-syphiligraphie	LEDoux-LEBARD (G)
Electro-radiologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)
Embryologie	

	MM.
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G))
	(DAUSSET (J))
Histologie	(COUJARD (R) pr.s.ch.)
	(MAROIS (M))
Hydrologie	(RACADOT (J))
	(CORNËT (A))
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.)
	(CORRE-HURST (Mme L))
Maladies infectieuses	(BASTIN (R))
	(DUPONT (V))
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.)
Médecine légale	(HADENGUE (A))
	(FOURNIER (E))
	(GUENIOT (M))
Médecine du travail	(ALBAHARY (C))
Neurologie	(LHERMITTE (F))
	(GRANJON (A))
	(HERVET (E))
	(LE LORIER (G))
Obstétrique	(MORIN (P))
	(MUSSET (R))
	(ROBEY (M))
	(THOYER-ROZAT (J))
Ophtalmologie	(BREGEAT (P))
	(SARAUX (H))
Orthopédie	(DUDET (R))
Oto-rhino-laryngologie	(RAMADIER (J))
	(DEBAIN (J))
Parasitologie	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch.)
	(CHABAUD (A))
	(BARCAT (J))
	(BINET (J.P.))
	(CAUCHOIX (J))
	(CHATELIN (C.L))
	(DUBOST (Ch))
	(DUBOST (Cl))
Pathologie chirurgicale	(FAUREL (J))
	(FLABEAU (F))
	(GERMAIN (A))
	(LOYGUE (J))
	(MERCADIER)
	(PERROTIN (J))
	(ROBERT (H))
Pathologie exotique	(THOMERET (G))
	(SCHNEIDER (J))

	MM.
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
	MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	PLAS (F)
	RICHET (G)
	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISSAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CASTAIGNE (P) m.conf.
	CATINAT (J)
Pathologie médicale	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	FREZAL (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	NICK (J)
	PEQUIGNOT (H)m.conf.
	ROYER (P)
	WOLFROMM (R)
	JOSEPH (R)
	MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	ROSSIER (A)
	LEVY (Melle J)pr.s.ch.
	BOISSIER (J)
Pharmacologie	LECHAT (P)
	DEJOURS (P)
Physiologie	GOUGEROT (L)m.conf.
Physique médicale	KREIS (B)
Pneumo-phtisiologie	FICHOT (P)
Psychiatrie	DUCHE (D)
Psychiatrie infantile	DELBARRE (F)
Rhumatologie	CERNEA (P)
	CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
Stomatologie	GRELLET (M)
	CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)		(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	Clinique	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)	obstétricale	(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophthalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique	
Clinique médicale	(ROUX (M)	oto-rhino-	(MADURO (R)
	(VERNE (J.M.)	laryng.	
	(HAGUENEAU (J)	Clinique	
	pr.s.ch.	pédiatrique	(LAPLANE (R)
	(DOMART (A)	et puéricul-	
	(PERRAULT (M)	ture	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(BARUK (H)
	(THIEFFRY (S)	psychiatrique	
		Clinique	(KUSS (R)
		urologique	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H)
	Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées, doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Mère,

A mon Père,

En modeste hommage à tout ce
que je lui dois.

A mes Frères et Soeurs,

A tous les Miens,

A tous les Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur JULIEN-MARIE

Professeur de Pédiatrie sociale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Doyen Léon BINET,
Doyen de la Faculté de Médecine de
Paris,
Professeur de Physiologie,
Grand Croix de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Institut,

Qui a bien voulu accorder
son haut patronnage à
la Faculté de Médecine
du Laos,

Hommage de notre haute ad-
miration et de notre
profonde reconnaissan-
ce.

A Monsieur le Professeur André LEMAIRE,

Professeur de Clinique Médicale à
la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Par sa grande bienveillance,
sa parfaite compréhension
et sa clairvoyance est un
des éminents artisans de
la création de l'Ecole
Royale de Médecine au
Laos,

Hommage de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. GRASSET,
Gynécologue,
Accoucheur des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en
présidant à notre Jury, au
Concours d'Assistanat 1959
au Cambodge,

Par sa grande bienveillance,
sa parfaite compréhension,
qu'il veuille bien trouver
ici le témoignage de notre
reconnaissance et de notre
respectueux attachement.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de
Paris,

Qu'ils soient assurés de no-
tre profond respect.

A nos Anciens Maîtres de l'Ecole Royale de
Médecine Khmère et de l'Hôpital PREAKET
MELEA de Phnom-Penh,

En témoignage de notre recon-
naissance.

DE L'EVOLUTION DU TRAITEMENT
DE L'OSTEOMYELITE AIGUE DE
L'ENFANT
(A propos de deux cas)

-:-

AVANT-PROPOS

-:-

L'une des deux observations rapportées ci-après survint dans une famille voici plus de 15 ans. Aussi tout au long de mes études ai-je été intéressé par les progrès apportés dans la lutte contre l'ostéomyélite. Le parallèle entre la conduite thérapeutique de ce cas déjà ancien avec celle d'un cas très récent m'a semblé digne d'intérêt, et je tiens à souligner ici toute la reconnaissance et tout le respect que je porte envers ceux qui permirent les espoirs actuels.

-:-

INTRODUCTION

-:-

L'ostéomyélite est décrite dans toutes les questions d'internat comme une "infection aiguë de l'os par voie hématogène, due le plus souvent au staphylocoque doré" ; elle reste une "affection grave". En effet son traitement actuel s'il a pratiquement éliminé le risque vital, ne supprime pas toujours le danger d'une infirmité désespérante : "l'ostéomyélite chronique". Certes, cette définition comporte des réserves, mais que de progrès obtenus depuis 15 ans ...

Il y a quinze ans, on mourait en règle d'une septicémie à staphylocoque. Et une localisation osseuse entraînait souvent l'amputation.

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'envisager deux cas d'ostéomyélite. L'un typique avec localisation sur l'extrémité inférieure du fémur, chez un enfant de 7 ans, l'autre beaucoup plus grave à foyer multiple (heureusement plus rare) chez un tout jeune enfant de 3 ans. Mais le second est survenu quinze ans après le premier. Nous verrons comment l'évolution, notamment sous antibiotiques, a pu en être simplifiée.

-:-

CHAPITRE I

-:-

NOTIONS THEORIQUES

-:-

. En règle, les staphylococcies osseuses sont des affections de l'enfance et de l'adolescence, de l'âge où le squelette est en croissance, comme cela sera le cas dans les deux observations rapportées. Néanmoins elles peuvent se rencontrer aux âges extrêmes de la vie. On a cité quelques cas d'ostéomyélite survenant chez des vieillards. A noter qu'il existe certains organismes plus sensibles à l'infection : ainsi a-t-on pu noter la particulière fréquence de la localisation osseuse du staphylocoque sur tout le pourtour du bassin méditerranéen, et notamment en Afrique du Nord, sans pour cela l'expliquer.

. C'est en effet le staphylocoque, le plus souvent le staphylocoque doré, qui est le germe responsable. "Qu'il soit pathogène ou non, doré, citrin ou blanc, le staphylocoque est essentiellement ubiquitaire. On le rencontre partout dans la gorge, dans l'intestin, sur la peau, sur les muqueuses, etc... Il est à l'origine d'une infinité de maladies tant locales que générales". C'est un germe contre lequel l'organisme se défend mal, - en particulier la variété "dorée" particulièrement virulente, car il fabrique des anticorps antistaphylococciques ; ceux-ci sont

labiles, et de ce fait l'immunité est éphémère et très fragile après une première atteinte. "Il est donc nécessaire pour entreprendre la lutte contre les staphylocoques, de posséder une antibiothérapie efficace".

. L'ostéomyélite résulte de la fixation, en foyer, en général sur les os longs, de ce staphylocoque. La porte d'entrée du germe est des plus variées. Certains auteurs ont souligné le rôle favorisant du traumatisme dans sa pénétration dans l'organisme, et aussi le caractère "saisonnier et épidémique" de la maladie.

En règle l'ostéomyélite évolue en deux phases : un stade aigu qui débute par une phase congestive dite de "foyer ouvert". Les germes se multiplient et passent dans le courant circulatoire (hémoculture positive). Le périoste est rouge épaissi. Puis ces lésions aiguës vont évoluer vers la stabilisation, vers l'abcès sous-périosté (l'intervention chirurgicale s'impose) ou vers l'extension in loco, septicémie ou septicopyohémie.

Ultérieurement, le foyer va devenir le siège de remaniements qui dureront souvent des années. C'est le stade d'ostéomyélite prolongée. Tout est possible dans la structure remaniée de l'os : ostéolyse, séquestres, hypertrophie, recalcification ou sclérose.

Mais surtout le gros risque reste le passage à l'ostéomyélite chronique avec ses rechutes fréquentes surtout autrefois susceptibles à chaque fois d'entraîner de nouvelles et graves complications, soit localement, soit en retentissant sur l'état général. Des séquelles : blocage de l'articula-

tion du genou, troubles de l'ostéogénèse (raccourcissement, varus, valgus), déformations osseuses consécutives à un décollement épiphysaire ou à une fracture pathologique mal réduite, troubles trophiques de la peau et des muscles sont possibles.

. La staphylococcie est une maladie longue, traînante, épuisante pour l'organisme qui la supporte, et par conséquent un médicament simplement bactériostatique sera la plupart du temps incapable d'assurer la guérison, les défenses naturelles du malade ne pouvant faire les frais de l'élimination des germes ; il faudra avoir recours, pour peu que l'affection soit grave à une thérapeutique bactéricide.

CHAPITRE II

-:-

OBSERVATION ANCIENNE

-:-

Il s'agit d'un jeune garçon parisien de 8 ans $\frac{1}{2}$ jusqu'alors en excellente santé. Aucun antécédent ni personnel, ni familial. Pas de furonculose, aucune source de staphylocoque apparente.

Le 25 mars 1943 brusquement d'une heure à l'autre, le jeune Eric rentrant de l'école vers midi se plaint de lassitude générale et de douleurs aux deux genoux. Sa température est à 39°5. Il est aussitôt mis au lit et prend 3 comprimés d'aspirine.

Le 26 mars - Les douleurs du genou s'accroissent, plus marquées au genou gauche. La température reste en plateau à 39°7. A l'examen, on ne constate pas de gonflement des genoux ni des segments du membre voisin. La douleur est augmentée par la flexion des genoux et par l'attouchement des articulations, mais les os de la cuisse et de la jambe ne paraissent pas douloureux à la palpation. La nature rhumatismale de la maladie semble probable, d'autant plus que l'enfant s'est déjà plaint de douleur articulaire, 1 mois auparavant. On institue un traitement salicylé. Rappelons que nous étions en 1943 : Potion clin. per os, onctions locales au salicylate de méthyle.

Le 28 mars : la température matinale est redescendue à 37°7. L'état s'est amélioré. Les douleurs sont moins vives, mais la potion est moins bien tolérée, et quelques cuillerées sont vomies. Dans la soirée (T° 38°5) le malade présente un état d'agitation croissante qui s'accompagne de délire et atteint son maximum au cours de la nuit.

Le 29 mars : ce délire persiste dans la matinée (T° 38°2) les genoux ne présentent aucun gonflement, et les douleurs semblent avoir disparu, car l'enfant ne se plaint pas et fléchit les genoux sans paraître souffrir. On pense à un délire salicylé et on supprime le salicylate (8 à 10 g en tout ont été absorbés).

Dans l'après-midi, le Docteur C... appelé en consultation confirme le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et de délire salicylé. Il prescrit de reprendre la médication salicylée dès que l'enfant sera calmé (le soir T° 38°6).

Le 30 mars : dans la matinée l'enfant se calme et reprend sa connaissance, mais la température à 38°9 le matin s'élève à 40°3 le soir. L'enfant devient prostré, il prend peu à peu l'aspect d'un grand infecté. On fait un examen hématologique qui indique une hyperleucocytose par polynucléose neutrophile. On donne un comprimé de Thiazomide toutes les 2 heures $\frac{1}{2}$ sans reprendre le traitement salicylé.

Le 31 mars : (T° matinale 40°2). L'enfant se plaint à nouveau des genoux, surtout du genou droit. Vers midi apparaît un léger gonflement du quart inférieur de la cuisse droite très douloureux à l'attouchement.

L'après-midi, le Docteur A... est appelé en consultation avec le Docteur C... Le diagnostic d'ostéomyélite de la métaphyse inférieure du fémur droit est porté. Le petit malade est transporté dans le service de la clinique medico-chirurgicale, où il est confié aux soins du Docteur F... Ce dernier prescrit Iodo Septoplix et pose un plâtre fenêtre sur le membre inférieur droit.

1er avril - L'iodoseptoplix prôné à l'époque par l'Institut Pasteur est une association entre les sulfamides et l'iode. L'iode permettant aux précédents d'atteindre le staphylocoque en leur favorisant le passage à travers leur épaisse couche protectrice. Ce traitement est commencé à midi. L'enfant prostré et à demi-comateux prend cependant facilement le médicament et le tolère. Dans la journée du 2 avril, l'état infectieux paraît être à son maximum et le petit malade est véritablement agonique.

On donne un comprimé toutes les heures $\frac{1}{2}$, le 1er et le 2 avril, toutes les deux heures les 3 et 4 avril, toutes les 2 heures $\frac{1}{2}$ les 5 et 6 avril. A partir du 2 avril, la température diminue progressivement et l'état général s'améliore. On constate en même temps une augmentation progressive de la tuméfaction de la cuisse droite. Le syndrome infectieux s'atténue rapidement et l'enfant semble renaître à la vie. Il s'alimente.

Les 7 et 8 avril - La température ne dépasse plus $38^{\circ}5$. La cuisse droite, à peu près doublée de volume présente une légère fluctuation à la partie antéro-externe du quart inférieur. En présence de cet ensemble de symptômes favorables on se croit autorisé à diminuer la fréquence des prises d'Iodoseptoplix.

Les 8 et 9 avril - On ne donne plus que sept comprimés par jour mais le 9 avril au soir, l'enfant se plaint du genou gauche et la température remonte à 39°.

Le 10 avril - On constate un léger gonflement du genou gauche toujours douloureux, et la température atteint 39°4. On décide alors la reprise des fortes doses d'iodoseptoplix et l'on donne à nouveau 1 comprimé toutes les heures et demie (soit 16 par 24 heures), jusqu'au 16 avril. Pour augmenter encore l'efficacité du traitement sulfamidé on donne une fois sur deux, en même temps que les comprimés d'iodoseptoplix, un comprimé d'iodure de potassium à 0,50 g.

En quelques jours, les signes pouvant faire craindre une nouvelle localisation infectieuse au fémur gauche disparaissent. La température s'abaisse progressivement vers 38°.

Le 17 avril - Le Docteur F... pratique l'incision et le drainage d'un gros abcès péri-fémoral droit. On constate au cours de cette intervention que le fémur droit ne présente pas de lésions profondes, mais seulement des rugosités superficielles et un léger décollement périosté. L'analyse du pus décèle uniquement du staphylocoque en majorité staphylocoque doré.

Du 18 au 24 avril - La température se maintient autour de 38° et l'on donne encore 12 comprimés d'iodoseptoplix par jour jusqu'à cette date.

Les 23 et 24 avril on n'en donne plus que huit. Puis la température ne dépassant plus 38° on donnera encore jusqu'à 4 à 5

comprimés par jour jusqu'au 30 avril, où l'on cesse l'administration du médicament.

Après l'intervention chirurgicale, le plâtre n'est pas reposé, et les pansements sont faits tous les 5 jours environ. On enlève le drain le 13 mai. A cette date on commence une cure de consolidation d'iodoseptoplix de 8 comprimés par jour pendant 6 jours. Pendant toute sa maladie, le jeune Eric a absorbé 23 tubes d'iodoseptoplix soit 368 comprimés, ce qui correspond à 184 grammes de sulfamides. Cela en l'espace de 2 mois. Il a cependant parfaitement toléré le médicament. La cicatrisation totale des plaies opératoires se produit début juillet. Le petit malade, dont l'état n'a cessé de s'améliorer a présenté un gonflement du genou et de la cuisse droite, qui s'est atténué progressivement et a disparu tout à fait vers le 14 juillet. En même temps la flexion du genou droit est redevenue peu à peu normale et indolore.

L'enfant a pu reprendre à la rentrée scolaire l'activité des enfants de son âge sans fatigabilité anormale. Il n'existait aucune séquelle fonctionnelle de sa maladie.

lère rechute 1946

Cependant le traitement quoiqu'intense ne se révéla pas suffisant pour détruire complètement le genou responsable.

Trois ans plus tard, en septembre 1946, le jeune Eric, alors âgé de 11 ans $\frac{1}{2}$, au retour de ses vacances, se plaignit de nouveau de son genou droit. Mêmes douleurs lancinantes, avec fièvre. Mais déjà l'appar-

rition d'antibiotiques permet de circonscrire la maladie et d'éviter la diffusion.

En vingt jours le jeune malade reçoit un traitement mixte puissant : Adiazine + Iodoseptoplix par voie générale, Penicilline in loco. Peu à peu la fièvre tombe. Néanmoins une nouvelle intervention est nécessaire : simple incision d'un abcès profond para-osseux, après immobilisation plâtrée pendant 3 semaines. La maladie évolue très favorablement. Après deux mois, le jeune Eric put reprendre ses cours.

2e Rechute 1953

Il est à remarquer que la croissance du membre atteint se déroula normalement et que la puberté n'eut aucune incidence sur l'évolution de la maladie.

Le 14 mai 1953, le malade alors âgé de 18 ans, déjà fatigué depuis quelques jours, 3 semaines, se plaint de douleurs sourdes, bien localisées au niveau du 1/3 inférieur du femur droit, c'est-à-dire au niveau de l'ancien foyer. En même temps la fièvre apparaît oscillant de 37°5 à 38°5.

Un traitement à base d'antibiotiques : auréomycine puis streptomycine + tifomycine est alors entrepris. Pourtant le 18 mai, la température atteint 39°5 et s'y maintient pendant 8 jours.

On décide de revenir au traitement de base des sulfamides associés à des Iodoprotides, en raison des 6 grammes d'Adiazine par jour et de 3 g d'Iodoprotides. La fièvre semble s'atténuer en même temps qu'apparaît une tu-

méfaction localisée à la face postéro-interne du 1/4 inférieur de la cuisse.

Le 25 mai - Incision de cette tuméfaction par le Docteur C... Il ne s'écoule pas de pus franc. Il s'agit au contraire d'une prolifération de tissu lésionnel induré, mal défini, mais quoique juxta-osseuse n'atteignant pas l'os. Une aiguille est placée à demeure, par laquelle chaque jour sont injectés 2 millions d'unités de Pénicilline. En même temps l'articulation du genou est immobilisée par un plâtre.

L'examen du prélèvement per opératoire révèle la présence de staphylocoque. De nouveau un traitement antibiotique par voie générale streptomycine 1 gramme et tifomycine (6 dragées) est prescrit, mais la fièvre reprend.

Le 31 mai sur les conseils du Docteur P... ce traitement est abandonné, au profit de la désormais classique association (pour ce jeune malade) sulfamides-iodoprotides. La fièvre tombe. L'état général s'améliore, la vitesse de sédimentation diminue (1ère heure 46 mm). Le 6 juin, le traitement est réduit de moitié (soit 3 g d'Adiazine pour 1,50 d'iodoprotides). On supprime le plâtre, l'aiguille à demeure et les injections quotidiennes de Pénicilline in loco.

Le 19 juin - Le malade commence une longue convalescence pendant laquelle il continue son traitement en le diminuant encore : 1,5 g d'adiazine pour 1 g d'iodoprotide. Puis le 24 juin, 1 gramme d'Adiazine pour 0,5 d'iodoprotide. Le 29 : 0,5 de chaque et cela jusqu'au 4 juillet. Désormais l'état général va s'améliorant très rapidement. Le 12 juillet la vitesse de sédimentation est

redevendue quasi normale (5 millimètres pour la lère heure).

En résumé, pour ce jeune malade qui a présenté 3 crises d'ostéomyélite aiguë du 1/3 inférieur du fémur droit, il est à noter la remarquable action thérapeutique de l'association Iode + Sulfamide, d'abord sous forme d'iodoseptoplix puis par Adiazine + iodoprotide.

Tout traitement antibiotique : auréomycine, tifomycine, pénicilline par voie générale s'est révélé moins actif. Certes la Pénicilline in loco, a aidé au nettoyage du foyer d'infection.

A noter également que l'immobilisation complète du membre atteint, a certainement permis les trois fois, grâce à un plâtre, de préserver l'articulation.

CHAPITRE III

-:-

OBSERVATION RECENTE

-:-

L'enfant Danielle S... âgée de 3 ans, entre dans le service de pédiatrie de l'hôpital de M... le 9 janvier 1960 pour douleurs au niveau de l'articulation de la hanche droite entraînant impotence fonctionnelle et associées à une très forte fièvre (environ de 40°).

Cette douleur semblant être survenue progressivement en l'espace de 3 à 4 jours. L'enfant se plaignant de difficultés à la marche, devenant irritable, nerveuse et vomissant après chaque repas. Jusqu'ici elle avait été en parfaite santé, aucun antécédent personnel ni familial. A noter d'après les parents, dans le mois qui précéda une écorchure au talon droit, écorchure dont l'enfant se plaignit à plusieurs reprises notamment dans les 3-4 jours qui suivirent un bain de pied prolongé. Peut-être s'agissait-il d'une porte d'entrée possible pour le germe en cause.

A l'examen d'entrée le 9 janvier, on trouve une enfant amaigrie, fiévreuse (T° 39°8) criant dès la moindre mobilisation du membre inférieur droit. Mais aucun autre signe de localisation ni cutané, ni pulmonaire, ni méningé, ni otite. En effet une sé-

rie d'examens sont effectués montrant une ponction lombaire normale, une énorme hyperleucocytose augmentée de 55.800 blancs avec 2 millions et demi d'hématies. Un examen cyto-bactériologique négatif mais la présence de staphylocoque sans streptocoque dans le prélèvement nasal. Une hémoculture est demandée et aussitôt l'enfant mise sous antibiotiques, sirop d'Hexacycline.

Le 10 janvier, l'hémoculture se révèle négative, la fièvre tombe légèrement à 38°5 en même temps que se forme de façon superficielle sur la face antérieure de la cuisse droite (1/3 supérieur) une tuméfaction douloureuse, avec augmentation du volume de la cuisse.

Le 11 janvier, légère raideur de la nuque, mais une nouvelle ponction lombaire ne révèle aucun germe.

A partir du 14 janvier la tuméfaction de la cuisse s'est bien localisée et transformée en abcès que l'on ouvre le 20. La fièvre était remontée les 18 et 19. Le pus prélevé après incision de l'abcès est adressé au laboratoire pour examen. L'examen direct montre la présence de nombreux cocci gram positif parmi de multiples polynucléaires altérés. Après culture sur milieux ordinaires, le laboratoire confirmera la présence de staphylocoque doré.

Après incision de l'abcès, la température est à 37°. Une nouvelle numération montre une nette amélioration. Il n'y a plus que 20.000 leucocytes au lieu de 55.800. L'anémie commence à se réparer. Les hématies atteignent 3.920.000.

D'autre part, sous l'action de l'antibiothérapie par voie générale, la mobilisation de la hanche devient possible, quoique toujours douloureuse. Mais la présence de ce début d'arthrite associée à celle du staphylocoque doré et de l'état septicémique initial fait penser à l'Ostéomyélite aiguë. On décide l'immobilisation complète sous Pelvipédieux avec fenêtre pour surveillance locale, ce qui est fait le 24 janvier.

Brusquement à dater du 25 janvier, cette amélioration apparente qui se traduisait en outre par une augmentation progressive du poids, s'arrête. Pourtant le traitement à l'Hexacycline avait été régulièrement suivi, sans intolérance et paraissait jusqu'ici donner d'excellents résultats.

Le 27 janvier, la température est à 39°5. L'enfant vomit de nouveau et s'amaigrit. Elle est très mal, l'articulation de la hanche redevient très douloureuse. En même temps l'enfant se plaint de nouvelles douleurs au niveau du coude droit. Apparition d'un nouveau foyer d'ostéomyélite aiguë. Collection d'un abcès au niveau du bras droit, peu différent de celui de la cuisse, sans oedème, ni aucune adénopathie. On l'incise le 1er février. Pourtant la fièvre ne baisse pas. La vitesse de sédimentation faite le 2 février est de 80 mm pour la 1ère heure. Un nouvel examen O.R.L. est négatif.

Devant l'ensemble de ce tableau très grave, et la bipolarisation des foyers, on diagnostique une septicémie à staphylocoque doré avec locations multiples.

La radio du bras et de l'articulation de la hanche sont presque normales. On peut

toutefois apercevoir une opacité presque circonscrite de l'extrémité supérieure du cubitus. L'intégrité de l'articulation, l'aspect osseux normal sont conformes aux données classiques selon lesquelles la radio ne précise vraiment les lésions que 10 à 15 jours après le début de l'atteinte osseuse.

On peut plâtrer le bras droit de l'enfant. Le plâtre va de l'épaule à l'articulation radiocarpienne. En position de fonction, il forme un angle de 110 à 120° au niveau du coude.

Le 3 février, sur les conseils du Docteur P... et en attendant les résultats d'un antibiogramme on remplace Hexacycline par une association de :

soframycine	0,20
néomycine	0,50
sanclomycine	0,20

L'état de l'enfant semble stationnaire. La température ne baisse pas. Au contraire, on peut dire qu'en dépit des doses massives d'antibiotiques données depuis le début, l'ostéomyélite au lieu de régresser multiplie ses atteintes avec l'apparition d'une troisième localisation.

En effet le 7 février apparaît une otite droite qui se bilatéralise le 20. A dater du 23 jusqu'au 30 seule l'oreille gauche continuera à couler. Par contre on note une amélioration certaine du coude droit, la plaie a pris un aspect bourgeonnant. En dépit de cette amélioration la guérison est loin d'être obtenue, car le foyer ostéomyélique persiste toujours tant au

coude qu'à la hanche. Sur de nouveaux clichés radiologiques, au niveau de la hanche on note une atteinte articulaire marquée par un élargissement considérable de l'interligne séparant la tête femorale de la cavité articulaire clinique. (Signalons que l'arthrite ostéomyélitique est fréquente chez les enfants jeunes, presque autant que chez le nourrisson). Au niveau du bras, si l'articulation du coude paraît être préservée on note cependant une atteinte de la moitié du cubitus avec géodes et décollement périosté, et sur le radius un épaississement du périoste au niveau de la moitié de l'os.

Pourtant dès le 8 février, après résultats de l'antibiogramme, on remplace l'association antibiotiques précédente par une autre : Cathomycine + Kanamycine à des doses quotidiennes de 0,50 g de cathomycine (soit 4 fois, $\frac{1}{2}$ comprimé par jour) et de 0,25 g de Kanamycine soit une injection intramusculaire profonde de la moitié d'une ampoule chaque matin. Il est à noter qu'une fois ce traitement établi aucune nouvelle localisation osseuse n'est plus signalée. Le traitement sera poursuivi, en diminuant d'abord les doses de moitié, puis en supprimant les injections de Kanamycine 10 jours avant la fin, le 6 mars.

Sous l'influence de ce traitement on constate une très nette amélioration de l'atteinte de l'avant bras qui s'assèche peu à peu, quoique moins rapidement que celle de la cuisse (la plaie à ce niveau était presque cicatrisée le 15 février).

Nous avons vu que l'otite droite survenue le 7 après s'être bilatéralisée le 20, se guérit le 30.

La fièvre va baisser presque complètement (T° 37°8) dans les 3 jours qui ont suivi la mise en application du traitement. On devra cependant noter une légère recrudescence lors de l'atteinte de l'oreille gauche les 20, 21, 22 février. Mais l'état général s'améliorera, l'enfant reprendra du poids.

Sur les radios, le 13 février, on peut noter au niveau de la hanche, sur un cliché de profil un début d'ankylose. Aucune atteinte fémorale. Au bras, seul le cubitus reste atteint dans sa majorité avec formation d'un séquestre de l'extrémité supérieure, décalcification importante de l'os, disparition de la tête cubitale.

En mars, l'amélioration se poursuit. L'enfant est apyrétique. Son poids augmente. On signale seulement et uniquement au début du mois un écoulement discontinu des oreilles droite et gauche qui survient de temps en temps mais n'altère pas l'état de l'enfant. Ceci est cependant une preuve de la persistance même à bas bruit de l'infection staphylococcique. Le plâtre pelvi-pédieux droit a été retiré dès la mi-février et l'ankylose de l'articulation de la hanche put être évitée. La cicatrisation de l'abcès de la cuisse, qui somme toute resta superficiel sans atteinte osseuse, était complète.

Une nouvelle radiographie au niveau du bras montre une régénération du cubitus qui s'ankylose avec le radius au niveau de la tête cubitale et un décollement périosté du cubitus avec disparition des séquestres.

Début avril - Le plâtre au niveau du bras fut enlevé le 2 avril. L'état général s'améliore.

Quand brusquement le 12, après deux mois de rémission apparente, un nouveau foyer purulent apparaît. Il s'agit d'un phlegmon circonscrit du cou au caractère nettement explosif que rien ne laissait prévoir - seule la température était montée à 38°5, mais on pouvait attribuer ce clocher thermique à un nouvel écoulement purulent de l'oreille survenu le 6.

Incisé dans les 24 heures, ce nouvel abcès, sous l'influence du traitement Cathomycine + Kanamycine immédiatement repris présente une guérison extrêmement rapide. La formule sanguine de ce même jour montre une hyperleucocytose à 36.000 qui le 19 est retombée à 25.200. Au niveau des oreilles, on note à nouveau à l'examen du pus la présence de staphylocoque, associé à du Friedlander, cuti communi, et streptocoque.

Cette localisation soudaine et imprévisible au niveau du cou constitue le dernier foyer d'atteinte du staphylocoque. Le traitement fut poursuivi pendant 20 jours et diminué comme précédemment pour être définitivement arrêté début mai. L'enfant put être rendu à sa famille vers le 15 mai.

En résumé, nous nous sommes trouvé ici en présence d'une enfant de 3 ans, jusqu'ici en parfait état général, qui en l'espace de 4 mois fit plusieurs localisations staphylococciques. Notamment au niveau de la cuisse avec menaces d'atteinte de l'articulation de la hanche dont l'ankylose put être heureusement évitée grâce au long traitement qui suivit. Puis 20 jours après une première atteinte, nouvelle poussée septicémique et localisation à l'avant bras, avec atteinte du cubitus, géodes, séquestre, puis ankylose radio-cubitale persistante. Heureusement

l'articulation du coude ne fut pas lésée.
Enfin deux autres localisations otitique
et phlegmon du cou.

En conclusion il s'agit donc d'une atteinte ostéomyéлитique à foyers multiples, due au staphylocoque, la plupart de ces foyers ont avortés grâce au traitement général antibiotiques mis en oeuvre. Les séquelles furent minimales : simple ankylose de l'avant-bras, et légère diminution des mouvements de la hanche droite. Il faut bien attribuer ce succès à l'association cathomycine-kanamycine.

CHAPITRE IV

-:-

EVOLUTION DU TRAITEMENT

-:-

Les deux observations précédentes ont pu montrer une différence totale dans la conduite du traitement et aussi dans les résultats. Alors que dans le premier cas, la maladie quoique diagnostiquée plus tôt et d'intensité moindre a pu malgré le traitement évoluer jusqu'à l'atteinte osseuse et l'intervention fut ici un acte de premier plan dont l'importance fut décisive.

Dans le second cas où pourtant les conditions de la maladie étaient moins bonnes, il s'agissait d'un enfant plus jeune, avec menace d'atteintes articulaires et localisations multiples, le traitement permit non de supprimer le germe causal, mais d'enrayer ses effets.

Et l'on peut dire que s'il y a quinze ans, l'association iode + sulfamide se révélait surtout bactériostatique et encore après un long traitement, actuellement les antibiotiques assurent cette action bactériostatique à peu près certainement, et même peuvent devenir bactéricides. Il est à espérer que dans quelques années, nous posséderons des armes thérapeutiques plus efficaces encore et définitivement bactéricides. Car dans l'état actuel des choses, des rechutes sont

toujours à craindre et l'on sait l'extraordinaire résistance et la capacité de survie à bas bruit du staphylocoque, surtout du staphylocoque doré.

En règle générale quelle conduite thérapeutique tenir face à une ostéomyélite du grand enfant? Les cas cliniques sont des plus divers, et beaucoup évoluent de façon beaucoup moins bonne que lors des deux observations précédentes. G. LAURENCE a pu même écrire récemment que dans la majorité des cas la guérison générale ne s'obtient qu'au prix d'un sacrifice local plus ou moins étendu : celui du territoire où se collecte le pus comme cela s'est d'ailleurs produit pour la petite Danielle S... dont l'avant-bras est immobilisé en partie.

De toute façon l'une des thérapeutiques fondamentales dont nous disposons est l'antibiothérapie.

Le staphylocoque, surtout le staphylocoque doré est de tous les cocci le plus fréquent et le plus redoutable par sa ténacité, sa rapidité d'adaptation à chaque nouvelle médication.

Dès la découverte des sulfamides, on le crut vaincu. Effectivement certaines sortes de staphylocoques, le blanc notamment, paraissait très sensible in vitro. Mais bien vite il fallut se rendre à l'évidence du peu d'action de ces médications. Et l'on revenait alors à l'emploi de vaccins avec près de 15 p.cent de mortalité et l'abondance de séquelles fonctionnelles graves.

Puis, à l'Institut Pasteur, certains auteurs eurent l'idée d'associer Sulfamides et iode. Ce dernier pour permettre à celle-là de tra-

verser l'épaisse coque protectrice du germe et de le détruire. Ce fut le cas du jeune Eric (lère observation) et il est à remarquer son effet remarquable, plus remarquable même que celui des premiers antibiotiques puisque lors de la première rechute décrite on dut de nouveau avoir recours à cette association. Cependant cette association sulfamide + iode (iodoseptoplix ou Adiazine + iodoprotides) fut méconnue de beaucoup et abandonnée, semble-t-il, dès l'apparition de l'antibiothérapie.

La pénicilline tout de suite affirma ses effets. Mais aussi rapidement son action s'émoussa, tout au moins sur certaines souches. Des doses considérables ne parvenaient ni à éviter l'infection ni surtout à empêcher l'éclosion de nouveaux foyers, véritables métastases de l'infection initiale. Toutefois son action in loco reste encore remarquable.

C'est alors que la prospection mit à jour d'autres substances provenant de champignons inférieurs et de bactéries ce qui aboutit très rapidement à l'emploi de toute une gamme d'antibiotiques variés après antibiogramme. Dans le tableau ci-dessous nous résumons très schématiquement l'action de ces différents antibiotiques sur le staphylocoque d'une part in vitro, d'autre part in vivo. Mais ceci n'est qu'un schéma, et l'action d'un antibiotique donné peut être très variable d'un individu à l'autre in vitro et in vivo, et même chez le même individu d'un moment à l'autre. En l'espace de quelques jours des résistances peuvent s'établir ou des intolérances, ce qui nécessite un contrôle constant de la thérapeutique.

Action sur le staphylo. de :	in vitro	in vivo
Sulfamides	+	+
Pénicilline	+	+
Streptomycine Déhydro- streptomycine	++	++
Néomycine	++++	+++
Framycétine (Soframycine)	+++	
Kanamycine	++++	++++
Chloramphénicol (chloromy- cétine - tifomycine)	+++	+++
Chlortétracycline (auréomycine)	++	++
Oxytétracycline (terramyci- ne) Tercafungine	++	++
Erythromycine (Ilotycine)	+++	+++
Carlomycine (Magnamycine)	++	++
Spiramycine (Rovamycine). (5337 RP)	++	+++
Gleandomycine (T.A.D.)	+++	+++
Cathomycine (novobrocine) (streptonivecine) (allomycine)	++++	++++
Polymycine (Aérosporine)	+	+
Colimycine	+	+
Bacitracine	+++	++

Bien sûr il est d'autres antibiotiques, d'importance moindre ou de découverte plus récente sur lesquels nous n'insisterons pas. En particulier les chimistes s'emparèrent très vite des produits naturels, en étudièrent la formule et la simplifiant, s'efforcèrent d'en réaliser la synthèse industrielle, plus rapide et moins onéreuse, que l'extraction à partir des cultures. Citons parmi les antibiotiques d'acquisition récente la Cellamine (Penicelle synthétique), la Vaucomycine de remarquable action antistaphylococcique, la ristocétine ou Spontine, la propiocine.

Parmi tous ces antibiotiques il nous faut particulièrement retenir, la Cathomycine, la Kanamycine et la Vaucomycine. A un degré moindre, peuvent être aussi très efficaces l'oléandomycine et le Chloramphénicol et la Spiramycine.

Mais habituellement surtout pour lutter contre les résistances possibles on associe actuellement ces antibiotiques, en les choisissant en fonction des synergies d'action et de l'antibiogramme. Ainsi peut-on souvent obtenir une action non seulement bactériostatique mais fortement bactéricide et l'avortement de nouveaux foyers. Ainsi chez la petite Danielle (notre deuxième observation) on a pu remarquer la remarquable action de l'association Cathomycine + Kanamycine. D'autres associations sont possibles Cathomycine + Chloramphénicol, Spiramycine + Chloramphénicol, Cathomycine + Vaucomycine.

Evidemment on associera en cas de traitement per os, toujours des stabilisateurs de la flore intestinale d'autant plus que ce traitement pour être efficace devra être intense et prolongé. Pour les deux observations

relatées ici, le traitement fut certes très intense, mais pour chacune d'elles, nous avons eu un arrêt prématuré qui a compromis le succès.

B) Ce traitement antibiotique doit toujours accompagner une immobilisation plâtrée ou au moins en gouttière du membre atteint. Plâtre fenêtre ou coupé en bivalve pour surveillance locale, pelvi pédieux pour le fémur, tenant tout le membre supérieur pour le coude ou l'avant-bras. Cette immobilisation devra être prolongée jusqu'à l'abcédation et même un peu après. Pour ce, la conduite est la même maintenant qu'autrefois. Peut être même cette immobilisation est plus nécessaire encore qu'au temps où la chirurgie était primordiale.

C) La chirurgie en effet était alors la thérapeutique radicale de l'ostéomyélite, et cela au prix de sacrifices locaux plus ou moins étendus. Le seul moyen de guérir l'abcès, qu'il soit dans les parties molles ou, juxta-osseux ou osseux restant de l'ouvrir et de le cureter. Actuellement d'ailleurs, la chirurgie reste encore un temps nécessaire, mais dans la majorité des cas le traitement médicamenteux permet de le réduire à une simple incision d'abcès mûr.

La ponction permet d'examiner l'abcès et d'injecter des antibiotiques locaux.

L'incision de l'abcès sous-périosté au 10e, 20e jour, est en fait une évacuation complète de tout ce qui est nécrotique. Cette intervention est terminée par suture des plans profonds et superficiels de couverture, sans drainage mais sous antibioti-

ques. Tout au plus laisse-t-on parfois un catheter ou une aiguille pour injection de l'antibiotique.

Parfois on peut être amené à la trépanation osseuse visant à diminuer l'oedème intra osseux (TRUCTA). Et même dans certains cas à des résections diaphysaires. Resection sous-périostée plus ou moins étendue en hauteur suivant la diffusion des lésions. Autrefois on pouvait envisager même une résection immédiate dès le diagnostic posé, une résection précoce primitive du 15^e au 30^e jour (SORREL), une résection précoce secondaire après échec de l'incision de l'abcès (LEVEUF) ou une résection tardive au stade d'ostéomyélite prolongée. Ces résections exposaient à la pseudarthrose si trop importantes ou n'évitaient pas toujours la chronicité si insuffisantes. Elles sont actuellement pratiquement abandonnées; le rôle du chirurgien se bornant le plus souvent à inciser l'abcès.

D) Enfin les thérapeutiques adjuvantes également ont évolué. Elles sont destinées à exalter les moyens de défense. Mais si le nom et les formules des produits utilisés ont changé, les grands principes restent les mêmes : petites transfusions, alimentation riche, vitamines. Ce traitement adjuvant nécessaire, ne saurait être suffisant pour faire évoluer l'ostéomyélite de façon radicale et pour modifier le pronostic ; ainsi nous n'insisterons pas sur lui.

Ce qui compte surtout c'est l'apparition de nouveaux moyens de défense antistaphylococcique parmi les nombreux antibiotiques récents dont nous disposons et qui ont permis d'améliorer considérablement le pronostic de l'ostéomyélite.

CONCLUSIONS

-:-

L'ostéomyélite n'est pas une maladie rare, chez l'enfant. Il faut la concevoir comme le résultat normal d'une fixation possible des germes, en particulier des staphylocoques, au niveau de l'os. Dans la plupart des cas la porte d'entrée, qu'elle soit périphérique (furuncle, anthrax, panaris) ou interne (rhino-pharyngite) décline ou a disparu lorsqu'éclatent les signes locaux, seul un traitement curatif d'un foyer déjà existant est donc possible.

Autrefois ce traitement se bornait à être surtout palliatif : bactériostatique par l'emploi de sulfamides, on pouvait d'ailleurs potentialiser cet effet par l'adjonction d'iodoprotides qui sensibilisaient le staphylocoque au médicament, et chirurgical par évacuation du pus, des séquestres et parfois par ablation du foyer infectieux : résection osseuse. Nous avons vu dans une première observation comment, même dans les cas les plus classiques l'ostéomyélite se révélait difficile à traiter et risquait de passer à une désespérante chronicité.

Actuellement, avec la mise au point de nombreux antibiotiques, spécialement anti-staphylococciques et par l'emploi en association bactériostatique + bactéricide, il

nous est possible d'agir sur l'évolution du foyer en formation, quoique ce dernier soit en règle diagnostiqué tardivement. En réduisant l'atteinte staphylococcique à une simple collection dans la masse musculaire ou juxta-osseuse, on réduit d'autant les sombres séquelles fonctionnelles que l'on pouvait craindre au cas où l'os serait attaqué. Dans ce cas même l'emploi d'antibiotiques actifs à doses massives et prolongées peut permettre une guérison. Ainsi dans une deuxième observation qui, il y a 15 ans, aurait été ou mortelle ou génératrice de très graves infirmités, on put éviter la fixation du foyer au niveau de la hanche et limiter celle d'un second au seul cubitus.

Pourtant l'ostéomyélite reste une maladie redoutable. Le staphylocoque chaque jour devient plus résistant aux antibiotiques usuels et l'arsenal thérapeutique est constamment obligé d'être renouvelé pour lutter contre lui. Peut-être sera-t-on obligé d'user d'artifice pour permettre aux antibiotiques de l'atteindre plus facilement comme on usait autrefois d'iodé pour les sulfamides. On ne guérit pas encore véritablement l'ostéomyélite, tout au plus peut-on en agissant rapidement fortement et longuement la faire avorter, et encore pas toujours. Mais si la chronicité devient ainsi moins fréquente, une rechute est toujours à craindre.

- 3 -

Vu :
Le Président :
Signé : JULIEN MARIE

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer .
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : J.H.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

CHAMPENDAL

Recherches bactériologiques à propos
d'une épidémie hospitalière de sta-
phylococcie.
Rev. Suisse de Pathologie générale et
de Bactéries, 1956

BETOULURE, PICARD et BONNET

Les aspects radiologiques de l'ostéo-
myélite aiguë traitée par la pénicilline.
Presse Médicale 1952 p.1588

DEBRE

Ostéomyélite aiguë.
Pédiatrie T.II, p.1187

GUERAUX

Sensibilité et résistance des sta-
phylocoques.
Journée de Pédiâtre, 1954

ENGELMANS et LATHERETZ

Evolution du traitement de l'ostéo-
myélite aiguë de l'adolescent par
l'immobilisation et les antibiotiques.
Rev. de chirurgie orthopédique,
Paris, octobre 1953

LAMBERT

Ostéomyélites traitées par antibiotiques.

LECLERC

Sur un cas de staphylococcie osseuse
du nourrisson.

Thèse Paris 1957

LAURENCE

Diagnostic clinique d'une ostéomyélite
Rev. du Praticien, Paris, février 1954

MASSE

Quelques points de diagnostic et de
traitement de l'ostéomyélite.

Conférences d'actualité pratique 1954

MARTIN SURTEAU

Comment peut-on envisager la lutte
contre le staphylocoque avec l'anti-
biothérapie moderne.

Rev. du Praticien, 21 avril 1957

PIRONNEAU

Les assises nationales de Médecine
sur les staphylococcies.

Presse Médicale, 19 mars 1959

THIEFFRY

Du choix des antibiotiques dans le
traitement de l'ostéomyélite aiguë
et des staphylococcies en général.

BOUZARD, MERCIER, ROUGEMONT

Les ostéomyélites aiguës, 1957

PESTEL

Les médications antibiotiques nouvelles.

Rev. Praticien 21-12-60

CATHALA, LEPERCQ, PERIER

Septicémies à staphylocoques traitées
par la Ristocétine.

Sté Médicale des hôpitaux de Paris
3-6-1960

KIRBY, PERRY, BAUER

Treatment of staphylococcal septicemia
with Vancomycine. Report of thirty-
three cases.

New England, J. Med. 14-1-60

KOOTA, SCHWEINBURG, TUTENBURG

Role of Kanamycin in the management of
infections.

The New England J. Med. 13-9-60

ANELLO et GERCHENFELD

Septicopyohémie staphylococcique chez
un enfant. Traitement par la tétracy-
ne, Oléandomycine.

El Dia Medica, 1958

MARCHE

La Kanamycine

Rev. Praticien 21-12-60

LEFEBVRE

Rapport sur l'emploi de la Triacétylo-
leandomycine (T.A.O.) dans diverses
maladies infectieuses.

C.R. As.J. mars 1959

RULEY, ABBOT, LONG

Erythromycin propionate in the treatment
of staphylococcal and other infections
in infancy and childhood.

Antibiotica annual 1959-1960

Antibiotica Mc. New York 1960

MORIN et MENNA

Infections à staphylocoques.

Rev. du Praticien, 21-9-1958

CHABBERT, BERROD, HENOCH, DUMAS

Activité antistaphylococcique de la
Movobiocine.

Presse Médicale, 1958-60

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
Avant-Propos	17
Introduction	18
Notions Théoriques	19
1ère Observation ancienne	22
2ème Observation récente	30
Evolution du traitement	38
Conclusions	45
Bibliographie	47

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

-:-

